

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

56

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Pierre, Marie AUJAY

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 21 Mai 1930, à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DES ASPERGILLOMES BRONCHECTASIANTS

Président : Monsieur A. LEMAIRE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Michel, Pierre, Marie AUJAY

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 21 mai 1930 à Paris

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

A PROPOS DES ASPERGILLOMES BRONCHECTASIANTS

--

Président : Monsieur A. LEMAIRE (Professeur)



D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1959.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHEL (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN

Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR

Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu	
gicales (Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais GENNES (L. de)
	(Cochin JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(St-Antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal N...
obstétricales	(Tarnier VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

	MM.
Médecine légale	PIEDSIEUX (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (ch. à t. pers.)	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) (COUINAUD (C) (OLIVIER (G) (GAUTHIER-VILLARS ((Melle P) pr.s.ch. (BUSSER (F)
Anatomie pathologique	(GOUYGOU (Ch) (ORCEL (L) (PAILLIAS (J) (VOURC'H (G) (NEVOT (A) pr.s.ch. (BARBIER (P)
Anesthésiologie	(CHRISTOL (D) (TOURNIER (P) (DESGREZ (P) pr.s.ch.
Bactériologie	(POLONOVSKI (J) m.conf. (SCHAPIRA (G) m. conf. (BOURLIERE (F) m.conf. (DENOIX (P) (MATHE (G)
Biochimie médicale	DUPERRAT (B)
Biologie médicale	LEDOUX-LEBARD (G)
Carcinologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Dermato-syphiligraphie	(BILSKI-PASQUIER (G)
Electro-radiologie	(DAUSSET (J)
Embryologie	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Hématologie	(MAROIS (M)
Histologie	(RACADOT (J)

	MM.
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J)
	(CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
Orthopédie	(JUDET (R)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch.
Parasitologie	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.per.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P)m.conf.
Pathologie médicale	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE(R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H)m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
	(PARROT (J)pr.s.ch.
Physiologie	(DEJOURS (P)
	(GOUGEROT (L) m.conf.
Physique médicale	(KELLERSHON
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	MM.
(ABOULKER (P)	Clinique neuro-
(AMELINE (A)	rhumatol. SEZE (S. de)
(HUGUIER (J)	(GRASSET (J)
Clinique (LEGER (L)	(LEPAGE (F)
chirurg. (OLIVIER (C)	Clinique obsté-
(PADOVANI (P)	tricale (MAYER (M)
(POILLEUX (F)	(MERGER (P)
(ROUX (M)	(RAVINA (J)
(VERNE (J.M)	Clinique oph- (DESVIGNES (P)
(HAGUENEAU (J)	talmologique (OFFRET (G)
(pr.s.ch.	Clinique oto-
(BOUDIN (G)	rhino-laryng. MADURO (R)
Clinique (CONTE (M)	Clinique pédia-
médicale (DOMART (A)	trique et pué-
(MILLIEZ (P)	riculture LAPLANE (R)
(PERRAULT (M)	Clinique psy-
(RAMBERT (P)	chiatrique BARUK (H)
(THIEFFRY (S)	Clinique uro-
(TURIAF (J)	logique KUSS (R)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J)
Secrétaires Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction
de la Bibliothèque M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H)
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées, doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père, le Docteur Jean AUJAY
et à ma Mère,

Avec toute ma reconnaissance et mon affection.

A ma Belle-Mère,

Avec mon affectueuse sympathie.

A ma Femme,

Qui m'a aidé à surmonter toutes les difficultés.

Avec tout mon amour.

A mon Fils, Dominique et à ma Fille Katia,

Avec toute ma tendresse.

A mes Frères et à ma Soeur,

A ma Famille,

A tous mes Amis.

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur A. LEMAIRE,

Professeur de la clinique de
thérapeutique médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.



A mon Cousin, Jean DUNOYER

Ancien chef de Clinique des
Hôpitaux de Paris,

Avec toute ma sympathie,
avec ma plus vive gra-
titude pour l'intérêt
qu'il n'a cessé de me
porter.

A mon Oncle, Albert DUNOYER

Docteur en Médecine.

A mon Cousin, Claude DUNOYER

Docteur en Médecine,

En témoignage de mon af-
fectueuse gratitude.

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine
de Tours,

A mes Maîtres d'Externat,

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

Hommage respectueux.

A mon Jury de Thèse.

A PROPOS DES ASPERGILLOMES BRONCHECTASIANIS

— — —



INTRODUCTION

-:-

Connu depuis bientôt un siècle, l'aspergillome broncheectasiant, après avoir paru être d'une grande rareté est peut-être simplement souvent méconnu. Il tend actuellement, grâce aux moyens accrus, mycologiques et radiologiques, de son diagnostic positif et différentiel, à devenir une véritable entité clinique occupant parmi les aspergilloses pulmonaires une place bien définie.

En effet, l'aspergillome broncheectasiant se définit et se limite, du point de vue clinique, par une localisation unique dans un poumon sain : du point de vue anatomo-pathologique, par un développement dans une cavité bronchique dilatée à son contact et par sa non-pénétration dans la bronche : il est "posé" sur la muqueuse ; du point de vue mycologique enfin, par une forme de souffrance et de résistance de champignon.

Cette définition de MONOD a le mérite d'insister sur la notion d'une tumeur mycélienne limitée, d'origine aspergillaire dans une cavité bronchique dilatée par elle, ou au préalable (dans une caverne tuberculeuse par exemple, éventualité rare, mais possible).

Du point de vue anatomo-pathologique, la

lésion diffère totalement, par conséquent, des formes diffuses plus classiques d'aspergillose broncho-pulmonaire ; on comprend aussi que le tableau clinique et radiologique soit différent, l'obstruction bronchique n'étant jamais totale les signes fonctionnels restent modérés : tout au plus a-t-on signalé des hémoptysies qui ajoutent encore aux risques de confondre la lésion avec une bacillose.

Or, il s'agit d'une forme bénigne d'aspergillose, d'une forme localisée, parfaitement extirpable chirurgicalement - alors que les mesures médicales sont à peu près complètement inopérantes - l'intervention apportant généralement la guérison définitive.

Il est donc important de connaître, et de diagnostiquer ces aspergillomes bronchectasians, considérés comme rares mais certainement aussi fréquemment méconnus.

°°

Affection rarement décrite, puisqu'en 1956 A. MEYER, O. MONOD et leurs collaborateurs en dénombraient 21 cas publiés et leur ajoutaient trois observations personnelles, mais affection connue sous d'autres noms depuis 1876, avec les premières descriptions de FURBRINGER. Par la suite, BOYCE, en 1892, KINDBERG, PARAF et NETTER en 1926, MACAIGNE et NICAUD en 1926 également, devaient décrire des aspergilloses endobronchiques qui relèvent bien de la catégorie de tumeurs qui nous occupent ici.

Mais c'est vraiment en 1938, avec F. DEVE, que la description, sinon le nom, prenait son aspect actuel. DEVE en effet décrivait en 1938 une nouvelle forme anatomoradiologique de mycose pulmonaire primitive:

le mégamycétome.

Ce terme fut d'abord utilisé par O. MONOD, G. PESLE et M. LABEGUERIE en 1950 à propos de deux cas personnels ; mais l'année suivante, ces auteurs avec SEGRETAIN proposaient une nouvelle expression pour désigner ce développement d'une tumeur mycélienne dans la bronche :
l'aspergillome bronchectasiant.

Les nombreux travaux consacrés par A. MEYER, O. MONOD et leurs collaborateurs à cette forme d'aspergillose bronchopulmonaire ont permis de bien préciser cette entité clinique nouvelle, d'en définir les éléments de diagnostic, et en attirant sur elle l'attention des auteurs, d'en multiplier les cas publiés.

En 1952, en effet, tandis que se poursuivaient les recherches de O. MONOD, R. EVEN et LECHEVALLIER avec SORS décrivaient à leur tour l'aspergillome bronchectasiant, dont BREA en 1952 faisait une étude étendue. Cet auteur pense que le champignon se développe dans une cavité endobronchique pré-existante et de fait il existe quelques exemples de tuberculose et aspergillome associés, ce dernier pouvant fort bien évoluer dans une lésion excavée. Cependant, il semble que plus souvent l'aspergillose, primitive, provoque elle-même par son développement endobronchique, la dilatation du conduit, justifiant donc parfaitement le terme de bronchectasiant.

Cette notion de tuberculose et d'aspergillome associé est cependant intéressante, tant du point de vue pratique que théorique, et LAGEZE, BERARD, GALY et FOURAINE l'ont illustrée d'observation indiscutables en

1953 : ces auteurs ont en effet décrit des "mégamycétomes" ou "aspergillomes" de développement intra-cavitaire. Il s'agissait de cavernes tuberculeuses fibreuses.

En 1954, CHARNEAU consacre sa thèse aux aspergillomes bronchectasiant ; le terme de "mégamycetome bronchopulmonaire" est encore utilisé en 1955 par GIOBBI et collaborateurs. PESLE, collaborateur de la première heure de MONOD, reprend seul la question en 1956 et à propos de quatre cas (on voit que le caractère exceptionnel de la lésion semble actuellement disparaître) insiste sur l'évolution de l'aspergillome bronchectasiant. MONOD, PESLE et MEYER font une communication résumant en 1956 aux Journées de Mycologie Médicale les notions acquises sur l'aspergillome bronchectasiant en cinq années de recherches et cette même année 1956, ces auteurs et leurs collaborateurs apportent trois nouvelles observations.

Toujours en 1956, il faut encore mentionner le cas de Martin LALANDE et LO, dans lequel deux particularités sont à retenir :

tout d'abord, l'association de l'aspergillome bronchectasiant à une tuberculose active ; ensuite, l'efficacité du traitement antifongique.

En 1956 encore, LE NOUENE et collaborateurs décrivent un cas d'aspergillome bronchectasiant d'un caractère anatomopathologique particulier, puisque la lésion connaissait trois localisations endobronchiques. Nous citerons encore le cas de GERNEZ-RIEUX, et en 1957, celui de STEVENSON, SCARINCI en 1957 également décrit un nouveau cas ; dans l'observation de LIARAS, un fait particulier : l'association de l'aspergillose et de la tuberculose pulmonaire

GALY et collaborateurs, de Lyon, ont fait une observation analogue, l'aspergillome se développant dans une caverne pulmonaire. Enfin, DARKE et collaborateurs ont décrit tout récemment un autre cas.

Ces observations montrent la monotonie de la symptomatologie de l'aspergillome endobronchique, bronchectasiant. Il nous sera donc facile d'en déduire le tableau clinique, l'évolution, puis les éléments du diagnostic radiologique, le diagnostic clinique étant difficile, la confirmation étant en définitive mycologique. L'étiopathogénie, l'anatomopathologie retiendront notre attention. Et nous terminerons par des indications thérapeutiques, généralement chirurgicales, les mesures médicales échouant généralement.

- II -

CLINIQUE

-:-

L'aspergillome bronchectasiant n'est qu'une forme particulière de l'aspergillose bronchopulmonaire, que l'on attribue souvent à une contamination professionnelle (on trouve en effet, chez les malades atteints d'aspergillose pulmonaire, des professions mettant en contact avec le grain ; boulangers, minotiers, grainetiers, gaveurs de pigeons). En fait, dans les antécédents des malades qui nous occupent, on ne trouve rien de particulier ni de précis.

Nous allons voir, à l'aide du résumé de quelques observations, que le tableau clinique de l'aspergillome bronchectasiant est dominé :

- par la conservation habituelle de l'état général ;
- par la présence d'hémoptyxies isolées, récidivant à intervalles plus ou moins isolés, parfois déclenchées par le décubitus (MONOD, DEVE). Les auteurs ne sont pas d'accord sur la possibilité d'une surinfection de la mycose, LABEZE constatant la fréquence de la suppuration bronchopulmonaire et MONOD insistant sur son absence habituelle. Certains auteurs ont même expliqué l'absence de surinfection par le rôle antibiotique du champignon pathogène.

Seule est caractéristique, nous le verrons, l'image radiologique.

Pour PESLE, la pauvreté des signes cliniques pendant une assez longue période rend compte du retard dans le diagnostic. Les hémoptysies, discrètes le plus souvent, précèdent l'image radiologique, le développement du champignon étant parfois très lent. Mais surtout PESLE essaye de distinguer entre la surinfection aspergillaire de cavités pulmonaires déjà réalisées - toute cavité étant susceptible de se surinfecter, par des bactéries comme par des champignons - et l'aspergillome, différent de ces aspergilloses intra-cavitaires. Dans l'aspergillome en effet, il s'agit d'un enchevêtrement de mycélium stérile, forme de résistance du champignon, qui ne trouve pas les conditions nécessaires à sa reproduction normale. Ainsi la surinfection aspergillaire d'une cavité pré-existante, souvent bacillaire, est la complication bénigne d'ailleurs généralement d'une infection connue, alors que l'aspergillome doit être considéré comme une affection autonome dans laquelle l'aspergillus est bien le "facteur actif de la formation de la cavité" PESLE. Quant à la bronchectasie, elle n'est pas associée à tous les cas de cavités d'aspergillomes ; et l'on a discuté, nous y reviendrons, de la nature primitive ou secondaire de ces dilatations bronchiques.

°°°

Voyons quelques cas typiques :

Observation de PESLE :

Un homme de 35 ans, chimiste, asthmatique

depuis 15 ans, fait une pleurésie de la base gauche, puis deux ans plus tard une pneumonie du sommet gauche avec image de abcès, une bronchite fébrile, et finalement, pendant une période d'expectoration purulente, on retrouve l'image d'abcès. Cinq ans après le début des accidents, on décide une intervention, le malade est emporté par une syncope cardiaque à l'ouverture du thorax. La pièce prélevée est une cavité à paroi épaisse, bronche ouverte, parenchyme scléreux. Sur l'épithélium de la paroi repose un exsudat purulent riche en éosinophiles, en très abondante bâtonnets et spores d'un champignon parasite, vraisemblablement responsable des accidents pulmonaires antérieurs. On peut également penser que l'asthme, remontant à l'enfance était une première manifestation de l'aspergillose, qui s'est surinfectée pendant les dernières années de son évolution, créant ainsi un abcès chronique.

Observation III de PESLE:

Un homme de 50 ans, plâtrier, fait une congestion pulmonaire avec expectoration, deux ans plus tard des crachats sanglants, irréguliers, puis une nouvelle poussée congestive avec fièvre, cédant aux antibiotiques. L'asthénie, les hémoptysies renouvelées environ tous les dix jours ; l'image d'une cavité, s'opposant à l'absence de B.K. dans l'expectoration, qui par contre contient des spores, des métules et des staphylocoques. La bronchoscopie est normale. On pratique une segmentaire apico-dorsale droite. L'examen de la pièce montre une petite cavité collabée ne contenant ni pus, ni caséum, histologiquement la muqueuse est en métaplasie malpighienne.

Observation IV de PISLE :

Un homme de 40 ans, cultivateur est vu pour petites hémoptysies répétées avec points de côté droit, se répétant pendant des années, sans atteinte de l'état général ni fièvre. Le malade a cependant été traité comme un bacillaire, avec pneumothorax, et séjour en sana. Une image scissurale persiste tout au long de l'évolution. A la suite de clichés étagés sur onze années, on finit par établir la présence d'un aspergillome, avec pouvoir bronchectasiant. L'aggravation des hémoptysies commande une segmentaire ventrale qui amène la guérison ; la lésion put être précisée, une bronchectasie certes mais un macromycétome présentant les caractères histologiques de l'aspergillus, avec d'autres foyers d'aspergillose en plein parenchyme pulmonaire prolongeant le mycétome siégeant dans la bronchectasie.

Observation de LE NOUENE :

Une femme de 48 ans dont le mari est tuberculeux, vient de faire une petite hémoptysie de sang rouge. La malade vit chez son fils boucher. Dans les antécédents de la malade, on relève 15 ans plus tôt un petit épisode pulmonaire aigu avec réaction pleurale, sans bacilloscopie ni cuti-réaction. Actuellement l'état général est parfait. Sur les clichés, on voit une opacité arrondie dense se projetant de face dans la région para-hilaire droite, coiffée d'un croissant clair. Une seconde image, bulleuse plus grande est occupée pour ses deux tiers par un croissant clair. Les images sont précisées en tomographies. L'examen bactériologique de l'expectoration montre l'absence de B.K. et la présence de filaments mycéliens, à la culture *Aspergillus fumigatus*.

La bronchoscopie est négative. Le prélèvement bronchique ne tuberculise pas le Cobaye. Mais un second animal présente un point d'inoculation, 114 jours plus tard, une poche remplie de pus crémeux riche en B.K., les poumons étant semés de granulations. Avant l'inoculation au Cobaye, le diagnostic était aspergillome bronchectasiant ; conservation de l'état général, hémoptysie isolée, image radiologique typique dans un parenchyme sain, présence d'*aspergillus fumigatus* dans l'expectoration. Mais la tuberculisation du Cobaye parle contre ce diagnostic. Par ailleurs la bacilloscopie négative est troublante. On décide une exérèse segmentaire ; mais la malade va se faire opérer ailleurs sans communiquer au chirurgien le diagnostic d'aspergillome bronchectasiant. En fait, il pratiqua une lobectomie supérieure et moyenne, et retira des collections enkystées molles sur les coupes desquelles la coloration de Gram devait mettre en évidence des végétations aspergillaires.

Observation de GERNEZ - RIEUX :

Chez un homme de 34 ans, ouvrier de ferme occasionnel, on découvre une cavité avec séquestre, associée à des bronchectasies du lobe supérieur gauche. La bronchographie lipiodolée objective l'aspect classique d'un aspergillome bronchectasiant. Plusieurs cultures à partir d'expectorations et de prélèvements bronchiques sont cependant stériles. Le diagnostic est confirmé par l'exérèse chirurgicale ; l'examen histologique de la pièce opératoire révèle l'existence d'amas de filaments mycéliens au sein de bronches dilatées.

Observation de SCARINCI :

Un homme de 57 ans est hospitalisé pour des hémoptysies à répétition, 3 à 4 par an, sans atteinte de l'état général. Cet homme travaille depuis toujours dans des produits végétaux. Les bacilloscopies sont toujours négatives ; les clichés montrent une image pulmonaire permanente, opacité peu dense, arrondie, sous-claviculaire droite surmontée d'un petit croissant clair. La tomographie précise l'image en grelot. Plusieurs examens montrent l'absence de B.K. dans les crachats, la bronchoscopie n'apporte rien, mais la broncho-aspiration permet de constater la présence de filaments mycéliens, qui à la culture donnent de l'*aspergillus fumigatus*. L'intervention est refusée.

Le diagnostic d'aspergillome bronchique est net : conservation de l'état général, hémoptysies sans lendemain image radiologique typique et immuable pendant les trois ans de l'observation, absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, les résultats de l'examen mycologique, enfin, facteur professionnel.

Dans certains cas, la notion de tuberculose associée, ou pré-existante, a compliqué le diagnostic :

Observation de PESLE :

Un homme de 56 ans, agent d'assurance, a fait depuis six ans plusieurs accidents d'hémoptysie avec fièvre, une petite infiltration sous-claviculaire n'étant apparue que tardivement sur les clichés. La bacilloscopie est toujours négative. Enfin au bout de six ans l'image prend un aspect

cavitaire précis avec croissant clair. On décide une lobectomie malgré l'emphysème pulmonaire, le terrain éthylique et un début de coeur pulmonaire chronique. On tombe sur une lésion discrète de tuberculose fibro-caséuse dans le voisinage d'une cavité occupée par une masse brunâtre, molle, la paroi étant en partie épithélialisée, en partie formée par un tissu de granulation inflammatoire très dense. La masse mycélienne est constituée par un amas de filaments enchevêtrés, correspondant à un aspergillome certain, malgré l'aspect atypique de la culture. On peut ici se demander si les lésions tuberculeuses, cliniquement silencieuses, sont ou non anciennes. Peut-être que le développement du mycélium a rallumé des foyers anciens assoupis. Il ne semble pas en tous cas qu'il s'agisse d'une caverne surinfectée, puisque les premiers clichés ne montraient pas d'excavation ; pas non plus d'abcès infecté par un aspergillus puisque "l'aspergillome était mort, tué par l'infection, lors de son ablation. L'abcès était donc bien secondaire à la mycose".

Observation de LIARAS :

Il s'agit d'un cas d'aspergilliose et de tuberculose associées dont l'auteur a souligné la rareté au moins apparente, les difficultés du diagnostic microbiologique précis ; le pronostic qui reste, si l'affection est secondaire et prise à temps, celui de la lésion initiale.

Observation de MARTIN LALANDE :

Il s'agit d'un aspergillome bronchectasiant apparu vers l'âge de 40 ans chez un asthmatique suivi depuis sa petite enfance

et présentant un scléro-emphysème radiologique chronique évolutif. Une tuberculose active, jusqu'alors controversée par des épreuves négatives répétées, se confirme quatre ans plus tard. Un traitement antifongique à la nystatine seule ressource en l'absence d'une intervention chirurgicale contre - indiquée par l'électrocardiogramme, donne une fonte de la masse aspergillaire en cinq mois. Ici, par conséquent, le traitement purement médical a été efficace.

Citons, enfin, le cas de LABEZE, TOURAINE et PATIN concernant un aspergillome pulmonaire développé dans une caverne tuberculeuse fibreuse.

Enfin, l'observation de STEVENSON tire son intérêt des résultats-temporaires il est vrai - du traitement médical d'une aspergilliose évoluant sous la forme d'abcès, et en imposant pour une bacillose, chez un homme de 62 ans, travaillant dans un milieu empoussiéré de particules de coton.

Le tableau clinique comportait de la toux, des expectorations non sanglantes, avec image pulmonaire d'abcès pyogène. Les cultures ont toujours été négatives pour le Bacille de Koch, mais, donnèrent de l'*aspergillus fumigatus* pur. De bons résultats cliniques et radiologiques furent obtenus par des injections intraveineuses de 0, 15 grammes d'hydroxystilbamine, deux fois dix jours consécutifs et de nystatine par voie buccale, 500.000 unités trois fois par jour pendant huit

semaines .

Huit mois plus tard apparurent des signes d'insuffisance rénale entraînant vraisemblablement la mort sur laquelle on n'a pas eu de détails. Cependant le champignon n'a pas été isolé des urines. Le diagnostic initial avait hésité entre une cavité tuberculeuse et un abcès du poumon.

- III -

ANATOMOPATHOLOGIE

-:-

La masse est constituée par un seul grain anormalement volumineux, puisqu'il peut atteindre un diamètre de quatre centimètres. Le tissu tumoral est formé d'un enchevêtrement de filaments ramifiés, cloisonnés, à paroi mince et dont le diamètre varie de 2,5 microns à 8,5 microns. Les filaments présentent à la périphérie des renflements, le diamètre pouvant alors à ce niveau atteindre 15 microns. Entre les filaments, on ne trouve pas de substance. Quant aux filaments eux-mêmes, ils sont optiquement vides au centre de la masse (MONOD).

Le parasite occupe une cavité qui est une bronche dilatée. La muqueuse est conservée, ou très peu altérée.

L'épithélium bronchique n'est à aucun point traversé par le champignon. Certains auteurs soulignent l'absence de réaction inflammatoire de voisinage. NONOD indique que la réaction du tissu bronchique voisin semble indiquer une certaine action toxique du champignon.

Cet auteur a en outre observé des lésions d'artérite ectasiente avec rupture de la tunique élastique moyenne, ce que DEVE avait décrit dans ses observations personnelles.

MACAIGNE et NIGAUD ont vu les filaments mycéliens pénétrer dans les vaisseaux au niveau des lésions d'artérite thrombosante de l'aspergillose pulmonaire.

MONOD dit n'avoir pas noté de ces pénétrations.

PESLE essayant de préciser l'évolution bronchectasiente de l'aspergillome, pense que trop d'auteurs retiennent la surinfection aspergillaire de cavités pulmonaires anciennement connues : il ne s'agit pas d'aspergillome vraie car toutes les cavités peuvent se surinfecter avec des bactéries ou avec des champignons, qu'il s'agisse de cancers excavés, de cavernes tuberculeuses, de bronchectasies primitives : le champignon se développe alors en nappe de culture, mycélium comprenant un thalle, des hyphes et des fructifications, sous forme de têtes aspergillaires portant des spores. Ce sont là des aspergilloses intra-cavitaires.

Dans l'aspergillome, au contraire, on ne trouve qu'un enchevêtrement de mycélium stérilé, forme de résistance du champignon qui ne trouve pas les conditions nécessaires à une reproduction normale.

Une évolution particulière de l'aspergillome a été soulignée par PESLE qui écrit : dans les cavités d'aspergillome, à la suite des hémorragies qui s'y produisent, il y a remaniement de la cavité, le champignon est tué, et il ne reste qu'un séquestre ce qui expliquerait la fréquence avec laquelle les chirurgiens trouvent dans les pièces de pneumotomies effectuées autrefois pour abcès des séquestres mycéliens dont l'interprétation leur paraissait difficile. Pour PESLE, il est probable que ce type de lésions corres-

ponde à une surinfection et à la mort de l'aspergillome, évolution qui semble fréquente, et qui est peut-être le sort normal de l'aspergillome abandonné à lui-même. Cet aspect est rarement constaté ou bien parce que le diagnostic a été porté précocement, entraînant une rapide exérèse ; ou bien parce que le diagnostic a été méconnu, longtemps, jusqu'à constitution de l'abcès : et lorsqu'on intervient on ne trouve plus que le séquestre. Ou encore, l'aspergillome a pu être détruit, et évacué par des vomiques.

Cette opinion de PESLE s'oppose dans une certaine mesure à d'autres théories selon lesquelles précisément la surinfection, les réactions inflammatoires sont rares ou même absentes au niveau de l'aspergillome, par suite de l'élaboration possible par le champignon de substances antibiotiques. On voit que selon le moment auquel l'aspergillome a pu être étudié, l'aspect diffère, entraînant des interprétations pathogéniques différentes, dont en tous cas l'unicité pour tous les cas semble difficile à admettre.

- IV -

ETIO-PATHOGENIE

-:-

L'*aspergillus* est très répandu dans la nature, mais il existe surtout dans les végétaux, les graines fermentées, le foin, la paille, le bois pourri. Comme vecteur, il faut surtout retenir le pigeon.

Si dans les premières observations la profession du malade atteint d'aspergillome expliquait la contamination, actuellement il semble bien, nous l'avons vu, que celle-ci soit extra-professionnelle.

Dans la grande majorité des cas, c'est l'*aspergillus fumigatus* qui est découvert à l'examen mycologique. Mais d'autres champignons peuvent donner ce type de lésion : LABEZE a trouvé dans un cas *streptomyces albus*, aussi pour cet auteur le terme de mégamycétome (employé par DEVE) lui paraît préférable à celui trop restrictif d'aspergillome. A la coupe PESLE a pu constater des zones d'accroissement successives du mycélium, zones qui semblent repousser les parois de la cavité en se moulant sur elle.

Car le problème se pose de savoir si l'aspergillome se développe dans une bronche absolument normale au départ ou s'il se produit au niveau d'une dilatation, d'une cavité pré-existante.

Les auteurs se partagent entre deux camps: les uns, avec DEVE, avec MONOD et ses collaborateurs, pensent que l'aspergillome est vraiment bronchectasiant ; il a son point de départ dans une bronche de calibre normal, et c'est le développement de la tumeur qui dilate le conduit bronchique.

Pour BREA, pour HINSON, l'aspergillome a profité d'une excavation déjà réalisée pour s'y développer.

Quand à LABEZE, il se défend d'admettre l'une ou l'autre pathogénie, parce que selon lui, les deux mécanismes sont possibles, et s'appliquent à des observations différentes. Il existe des cas indubitables dans lesquels la cavité existait primitivement : ce que LABEZE a vu au niveau d'une caverne bacillaire, ce que BREA a lui aussi observé. C'est donc par développement secondaire de la lésion parasitaire que la caverne s'est remplie.

Classiquement, l'aspergillome se développe dans une bronche, le reste du poumon étant parfaitement sain et normal (MONOD). Mais dans les observations publiées, il est possible de rencontrer des lésions bronchopulmonaires associées, sans toutefois qu'une relation de causalité entre elles et l'aspergillome soit flagrante. Par exemple, on a vu à d'autres points du territoire bronchopulmonaire des bronchectasies, on peut utiliser ces constatations pour prouver que la cavité a été la première en date, faisant une sorte de point d'appel pour le développement de l'aspergillome. Cependant les cas sont fréquents où la dilatation bronchique siège de l'aspergillome est la seule présente : ici on est en droit d'admettre que c'est le développement de la tumeur parasitaire qui a provoqué la bron-

chectasie. Il est tentant d'adopter l'opinion de LABEZE et de penser que pour chaque cas, il faut considérer un mécanisme pathogénique qui n'est pas unique.

MONOD, cependant, pense que l'infestation par l'*aspergillus fumigatus* ou par une variété voisine se fait par voie sérienne probable, la cavité kystique, la dilatation bronchique étant secondaires au développement du champignon. Cette pathogénie est soutenue par les arguments suivants :

- la cavité bronchique de l'aspergillome est unique, sphérique;
- l'aspergillome occupe toujours un apex alors que les dilatations bronchiques affectent les parties basses des lobes;
- l'aspergillome est rare, la dilatation bronchique fréquente;
- lorsque l'aspergillose se greffe sur une bronchectasie on voit une végétation aspergillaire en surface, avec infiltration pariétale;
- enfin on connaît dans d'autres affections cette notion de bronchectasie secondaire, par exemple dans le kyste hydatique.

D'ailleurs avec le terme d'aspergillome bronchectasiant, on sous-entend le développement du champignon dans une bronche jusque là saine dont la dilatation est ainsi provoquée.

- V -

DIAGNOSTIC

Le tableau clinique est très atypique, et risque évidemment, les observations le prouvent, d'entraîner le diagnostic de tuberculose. Cependant un malade présentant des hémoptysies répétées conserve un état général indemne, la bacilloscopie reste constamment négative, et l'image radiologique est immuable, et assez caractéristique. C'est donc d'un diagnostic radiologique qu'il s'agit surtout.

Cette image est généralement décrite comme une opacité uniforme, peu dense, arrondie, surmontée d'un croissant clair toujours très mince, qui l'entoure sur ses trois quarts supérieurs. Le contour externe du croissant est fin et régulier.

Les dimensions de l'opacité sont variables entre deux et six centimètres de diamètre. Sa localisation préférée est la moitié supérieure des champs pulmonaires. MONOD a toujours souligné ce siège dans la partie haute des lobes pulmonaires, et seul le cas de YESNER fait état d'une localisation de l'aspergillome dans le lobe inférieur gauche.

Un fait important est la totale intégrité du parenchyme pulmonaire périlésionnel, il n'existe en amont ni atélectasie, ni suppuration. Entre l'aspergillome et la bronche

dilatée, il persiste toujours un couloir qui évite l'atélectasie, et rend compte de l'absence des signes fonctionnels, puisque la ventilation est ainsi assurée.

A l'intervention, parfois à la vérification nécropsique cependant des lésions voisines ne sont pas exclues, nous le verrons.

L'aspect radiologique est caractérisé par sa fixité d'un cliché à l'autre, pendant des années ; la lésion radiologique est toujours unique, alors même qu'à l'intervention on trouve, c'est parfois le cas, des localisations multiples.

Le diagnostic positif doit donc se baser sur les signes et les absences de signes suivants : tableau clinique discret, banal dominé par des hémoptysies solitaires de sang rouge, persistant quelques heures ou quelques jours, se répétant à intervalles irréguliers, semaines, mois, années ; peu abondantes, non inquiétantes, elles ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de toux, ni de dyspnée, ni de fatigue. Les expectorations ne contiennent pas de Bacille de Koch.

Donc tableau fait surtout de signes négatifs, auxquels il faut encore ajouter l'absence de complications infectieuses. Car si le tableau et l'image correspondaient à une tumeur, une sténose, un kyste surinfectés, il y aurait de la fièvre, une expectoration purulente, par rétention, suppuration bronchique, avec atélectasie. On s'est demandé, devant l'absence de complication infectieuse si le champignon ne produisait pas un antibiotique assurant la stérilité de la lésion. A ce tableau clinique, il faut ajouter l'image radiologique en grelot, en bedeau, et

la réponse positive de l'examen mycologique: les champignons existent dans l'expectoration, dans la pièce opératoire ; leur identification se fera sur la culture. Mais il faut répéter les examens de crachats, regarder entre lame et lamelle, après lavage au sérum physiologique, les particules muco-purulentes fraîches, qui renfermeront les filaments caractéristiques. La culture donnera les micro-organismes pathogènes pour que l'*aspergillus fumigatus* dont les spores sont pathogènes pour le lapin, par injection intra-veineuse. On peut également faire au malade une cuti-réaction à l'*aspergillus*.

Quant au diagnostic différentiel, il est certain qu'il se pose avec diverses affections broncho-pulmonaires. L'image en grelot, typique, n'est cependant pas pathognomonique, puisqu'on peut la trouver dans :

- un tuberculome excavé,
- un cancer pulmonaire périphérique,
- un kyste hydatique du poumon, qui précisément donne un halo clair, une calotte aérienne,
- un abcès chronique du poumon,
- certaines éfractions à l'intérieur de cavernes exclues certains parafinomes, certaines tumeurs de cholestérine intra-pulmonaire, certains angiomes, certaines tumeurs bénignes, certaines escarres pendulaires en caverne exclue, peuvent donner des images très voisines. La présence du croissant clair est cependant l'apanage du seul *aspergillome*. Sur le plan des examens de laboratoire enfin, il faut multiplier les études au niveau de l'expectoration, des prélèvements bronchoscopiques. On recherchera les Bacilles de Koch mais aussi on fera l'épreuve de Casoni, on recherchera les

éventuelles cellules cancérauses, et l'on suivra par des examens bactériologiques et radiologiques régulièrement répétés l'évolution de la lésion - ou son absence d'évolution qui caractérise l'image d'aspergillome.

--:--

TRAITEMENT

- : -

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'inefficacité du traitement médical, conservateur. Cependant la thérapeutique des mycoses a fait de grands progrès en particulier avec les iodures. A vrai dire, ceux-ci sont généralement inactifs dans la variété qui nous occupe ici, les aspergilloses.

MONOD dès 1951 indiquait l'échec habituel des traitements conservateurs. Il a traité un de ses malades par le traitement ioduré, mené avec sérieux, en l'absence d'identification précoce du champignon. Le résultat a été catastrophique :

- déclenchement des hémoptysies,
- apparition d'accidents d'iodisme,
- effet nul sur la lésion.

Les divers antibiotiques dont nous disposons ont été tentés par différents auteurs sans aucun résultat non plus. La radiothérapie a été inopérante dans les mains de DEVE, de GERSTL.

MONOD a montré que le radium, les iodures, les antibiotiques, les injections endobronchiques de lipiodol, avaient échoué et que dans ses trois premiers cas, la résection

segmentaire méthode de choix, avait assuré la guérison définitive. MARTIN-LALANDE a cependant traité son malade asthmatique ancien, tuberculeux, insuffisant cardiaque, et par conséquent inopérable, par un antifongique, la nystatine avec de bons résultats sur l'aspergillome, qui en cinq mois avait fondu.

Efficacité encore de la nystatine chez le malade des auteurs STEVENSON et REID ; cependant les suites de l'observation ne devaient guère confirmer la valeur du traitement antifongique, le malade étant emporté huit mois plus tard d'insuffisance rénale probable. Reste donc la chirurgie chaque fois que le malade est opérable, ce qui souligne une nouvelle raison de diagnostiquer précocement la lésion ; la pneumotomie pourrait enlever le parasite, mais en respectant la cavité bronchique, on risque des accidents hémorragiques, pendant et après l'intervention ; ce que l'on peut expliquer par les lésions d'artérite ectasiente généralement présentes, d'origine toxique ou diastasique (DEVE) ; mieux vaut donc procéder à une exérèse segmentaire, qui enlève la lésion en conservant tout le poumon, opération élective et bénigne dont les résultats ont été régulièrement la guérison définitive du malade.

- VII -

CONCLUSIONS

--:-

I - Les observations d'aspergillome broncheectasiant demeurent rares, alors que l'aspergillose bronchopulmonaire diffuse est une affection relativement répandue. Mais le diagnostic d'aspergillome est difficile, et il est possible que bien des cas demeurent méconnus.

II - Le tableau clinique est en effet atypique : conservation de l'état général en présence d'hémoptysies de sang rouge, renouvelées, mais isolées, sans fièvre ni signes fonctionnels importants. La constatation de filaments dans les expectorations et les sécrétions bronchiques, l'apparition du champignon dans les cultures, l'absence de Bacille de Koch sont les éléments du diagnostic mycologique. Mais c'est surtout la constitution d'une image radiologique "en grelot", siégeant surtout à l'apex, qui permet le diagnostic décisif autorisant l'intervention.

III - On a beaucoup discuté de la pathogénie de l'aspergillome broncheectasiant : développement de la lésion dans une cavité préalable, ou formation de la tumeur mycélienne entraînant secondairement la dilatation bronchique. Il est possible que les deux mécanismes président à l'apparition

de la lésion, selon les cas considérés. Mais on peut également penser que l'aspergillome vrai est primitif, l'ectasie bronchique secondaire ; dans le cas contraire en effet, on aura un développement mycélien en nappe ne correspondant plus à l'aspergillome, mais à une aspergillose broncho-pulmonaire.

IV - L'intérêt du diagnostic précoce est d'ordre thérapeutique. Le traitement conservateur, médical, faisant appel aux antifongiques, aux antibiotiques, aux iodures, à la radiothérapie, est rarement efficace ; il sera réservé aux cas inopérables. Au contraire, la lobectomie ou la segmentectomie apportent dans la quasi-totalité des cas la guérison complète et définitive.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : A. LEMAIRE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

- VIII -

BIBLIOGRAPHIE

--

M. BREA

A propos de l'aspergillome bronchectasiant.

Journ. Fr. Med. Chir. Thorac. VI
p. 514 1952.

A. CHARNEAU

Contribution à l'étude de l'aspergillome bronchectasiant.

Thèse de Paris 1954 60 pages.

C.S. DARKE, A.J.N. WARRACK, J.E.M. WHITEHEAD

Pulmonary aspergillosis : report of a case.

British Med. Journ. I Pages 984-985
27 avril 1957

F. DEVE

Une nouvelle forme anatomoradiologique de mycose pulmonaire primitive : le mégamycétome intrabronchectasique.

Arch. Med. Chir. App. Resp. XIII
pages 337-361 1938

R. EVEN, LECHEVALLIER, C.SORS

L'aspergillome bronchectasiant

Bull. Mém. Soc. Med. Hôp. Paris
page 251 15 février 1952.

GALY, C. OLLAGNIER, CHAMPETIER,

Un cas d'aspergillome intra-cavitaire
au cours d'une tuberculose pulmonaire
évolutive.

Soc. Med. Hôp. Lyon 17 juin 1957

CH. GERNEZ - RIEUX, P. RAZEMON, A. BRETON,
P. FOURNIER,

Aspergillome bronchectasiant

Soc. Path. Thor. Nord Lille 22 janvier
1956

GIOBBI, MIRADOLI, BELLI,

Il megamicetoma broncopolmonare.

Minerva Medica N° 97 1955

P. LABEZE, R. TOURAINE, R. PATIN,

Aspergillome pulmonaire développé dans
une caverne tuberculeuse fibreuse.

Lyon Med. CLXXXIX pages 132-138 1953

P. LABEZE, M. BERARD, P. GALY, R. TOURAINE,

Le mégamycétome ou aspergillome intra-
cavitaire (à propos de trois cas).

Journ. Fr. Med. Chir. Thor. VI page
648 1953

LE NOUENE, ESQUIROL, ARDAILLON,

Aspergillome bronchectasiant multiple
(trois localisations).

Presse Med. LXIV pages 947-976
23 Mai 1956.

LIARAS, DELARD, J. HOUEL,

Aspergillose et tuberculose pulmonaire
associées.

Soc. Pneumophtisiol. Algérie 13 avril
1957.

J. MARTIN-LALANDE, J. LO,

Aspergillome bronchectasiant associé à
une tuberculose active guérie par an-

tifungique.

Soc. Fr. Pathol. Resp.

14 octobre 1956

A. MEYER, O. MONOD, G.D. PESLE, L. ROY,

P. ZIVY, J. KUENTZ,

L'aspergillome bronchique (trois nouvelles observations).

Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris N° 19-20 page 554 1er juin 1956.

O. MONOD, G. PESLE, M. LABEGUERIE,

Deux cas de mégamycétome intra-bronchique.

Soc. Med. Cambo 15 juillet 1950.

O. MONOD, G.D. PESLE, G. SEGRETAINE,

L'aspergillome broncheectasiant.

Presse Med. LIX pages 1557-1559

21 novembre 1951

Bull. Acad. Med. CXXXV page 508 1951

O. MONOD, G.D. PESLE, L. LABEGUERIE,

L'aspergillome broncheectasiant.

Journ. Fr. Med. Chir. Thor. VI

pages 229-243 1952.

O. MONOD, A. MEYER, J. BAUDOUIN, J. LO,

A propos des aspergillomes broncheectasians.

Soc. Fr. Pathol. Resp.

14 octobre 1956.

O. MONOD, G.D. PESLE, A. MEYER,

L'aspergillome broncheectasiant.

Journées de mycologie médicale,

Paris, 15 décembre 1956.

G.D. PESLE,

Evolution de l'aspergillome broncheectasiant A propos de quatre cas.

Presse Med. LXIV pages 1563-1566
26 septembre 1956.

C. SCARINCI,

Sur l'aspergillome bronchique. A propos d'une observation.

Presse Med. LXV pages 547-548
20 mars 1957.

J.G. STEVENSON, J.M. REID,

Bronchopulmonary aspergillosis : report of a case.

Brit. Med. Journ. I pages 985-986
27 avril 1957.

TABLE DES MATIERES

-;-

	Pages
I - Introduction	17
II - Clinique	22
III - Anatomopathologie	31
IV - Etio-pathogénie	34
V - Diagnostic	37
VI - Traitement	41
VII - Conclusions	43
VIII - Bibliographie	45

-:-

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes n'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

